

ANEXO 'B'



SOLICITUD PARA DESCUENTOS

La política de Carson Valley Medical Center es proveer servicios esenciales sin importar la capacidad de pago del paciente. Se ofrecen descuentos dependiendo el ingreso y tamaño del grupo familiar. Complete la siguiente información y envíela al asesor financiero para que determine si usted o los miembros de su familia califican para un descuento.

El descuento aplicará para todos los servicios recibidos facturados por Carson Valley Medical Center. Pregunte al asesor financiero si tiene dudas.

Número de personas que viven en su hogar: _____

Ingresos totales del grupo familiar: (complete una columna)			
Miembro del grupo familiar	Anual	Mensual	Quincenal
Solo			
Cónyuge			
Familiares			
Otros			
CANTIDAD			

NOTA: incluye ingresos de todas las personas del grupo familiar e ingresos de todas las fuentes, incluidos salarios brutos, propinas, seguro social, discapacidad, pensiones, rentas pagos de veteranos, renta empresarial neta o trabajador independiente, pensión alimenticia, manutención infantil, militares, desempleo, ayuda pública y otros.

Certifico que la información mostrada arriba sobre el tamaño e ingresos del grupo familiar es correcta. Se pueden requerir las copias de las declaraciones de rentas, de los recibos de sueldo y otra información que verifique los ingresos antes de que se apruebe el descuento y se proveerá como se solicita.

Nombre (en letra de imprenta) _____ Firma _____ Fecha _____

Solo para uso interno

Nombre del paciente: _____ Descuento: _____

Fecha del servicio: _____ Aprobado por: _____

